

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE
O STANIE ZDROWIA POTWIERDZAJĄCYM BRAK PRZECIWWSKAZAŃ
DO PRACY NA STANOWISKU**

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku

.....
(podpis kandydata)